

**Zmluva č. 6009NLDC000114
o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

uzatvorená podľa § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov

**Článok I
Zmluvné strany**

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

zastúpená: Ing. Elena Májejková, riaditeľka sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti, revízií činností a programov zdravia
so sídlom: Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava
IČO: 36 284 831
DIČ: 2022152517
bankové spojenie: Štátna pokladnica
číslo účtu: 7 000 256 518 / 8180
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518
BIC: SUBASKBX
označenie registra: Okresný súd Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B, právna forma: akciová spoločnosť
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27
(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

Liečebňa pre dlhodobó chorých

zastúpený: MUDr. Pavol Chrenko, riaditeľ
so sídlom: Štiavnička 132, 034 01 Ružomberok
IČO: 17336171
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): N44805
označenie registra:
(ďalej len "poskytovateľ")
(spoločne aj „zmluvné strany“)

**Článok II
Preambula**

Zdravotná poisťovňa na základe § 7 ods. 4 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov stanovila a uverejnila na úradnej tabuli a na svojej internetovej stránke kritériá na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zmluva“). Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vyhlasuje, že poisťovňou stanovené a zverejnené kritériá splnil, čo potvrdzuje podpisom tejto zmluvy.

**Článok III
Predmet (rozsah) zmluvy**

- 3.1. Predmetom tejto zmluvy je dohodnutie podmienok poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencom zdravotnej poisťovne, poistencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poistenec“), rozsahu zdravotnej starostlivosti, výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť a jej splatnosti a úprava vzťahov vznikajúcich z tejto zmluvy medzi zmluvnými stranami.
- 3.2. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť poistencom zdravotnej poisťovne na základe platného povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia (ďalej len „povolenie“), vydaného orgánom príslušným na jeho vydanie, v tejto zmluve dohodnutom rozsahu zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 1, ktorá tvorí neoddeliteľnú prílohu tejto zmluvy.
- 3.3. Zmluvné strany sa dohodli, že výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah je dohodnutý v prílohe č. 2, ktoré tvoria neoddeliteľnú prílohu tejto zmluvy.

**Článok IV
Práva a povinnosti zmluvných strán**

4. 1. Zmluvné strany sú pri plnení predmetu zmluvy povinné v súvislosti s plnením predmetu tejto zmluvy dodržiavať nižšie uvedené právne predpisy. V prípade, že sa niektoré ustanovenie stane nevykonateľným v dôsledku zmeny právnej úpravy, alebo bude v rozpore so všeobecne záväznými právnymi predpismi, na právne vzťahy upravené v tejto zmluve sa použijú ustanovenia právnych predpisov. Zmluvné strany sa zaväzujú vyvinúť maximálne úsilie za účelom odstránenia nesúladow zmluvných dojednaní v dôsledku zmeny právnej úpravy uzatvorením dodatku k tejto zmluve.

- zákonom č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 579/2004 Z.z. o záchrannej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov,
- zákonom č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov,
- nariadením (ES) Európskeho parlamentu a Rady č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia v platnom znení a nariadením Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, ktorým sa stanovuje postup vykonávania nariadenia (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia v platnom znení,
- nariadeniami vlády, vyhláškami a ostatnými vykonávacími a súvisiacimi predpismi, ktoré sú vydávané na základe všeobecne záväzných právnych predpisov a ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti vždy v platnom znení,
- opatrením Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov,
- výnosom Ministerstva zdravotníctva SR o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálo-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v platnom znení a

- odbornými usmerneniami, smernicami, metodikami, koncepciami a inými obdobnými predpismi, ktoré na základe všeobecne záväzných právnych predpisov v medziach svojich právomocí vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a/alebo iné ústredné orgány štátnej správy, ktoré sa obvykle zverejňujú vo vestníkoch a ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, vždy v platnom znení.

4.2. Každá zo zmluvných strán, spravidla do ôsmich dní, najneskôr však v termíne najbližšej fakturácie poskytnutej zdravotnej starostlivosti, písomne alebo prostredníctvom elektronickej podateľne informuje druhú zmluvnú stranu o zmene základných identifikačných údajov, napr. o zmene štatutárneho orgánu, bankového spojenia, identifikačného čísla organizácie, čísla telefónu a čísla faxu, ako aj o zmenách v zozname číselných kódov lekárov (sestier) a číselných kódov ambulancií, o zmenách vo veľkosti úväzkov lekárov (sestier) a ďalších skutočnostiach, ktoré môžu mať vplyv na riadne plnenie tejto zmluvy, a to najmä o zmenách v personálnom a materiálo-technickom vybavení zdravotníckeho zariadenia.

4.3. Zmluvné strany sú povinné zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, s ktorými prídu do styku pri plnení zmluvy. Za uvedené skutočnosti sa považujú informácie, ktoré jedna alebo druhá zmluvná strana považuje za dôverné, ktoré zodpovedajú definícii obchodného tajomstva podľa príslušných ustanovení Obchodného zákonníka, ako aj osobné údaje alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov. Táto povinnosť trvá aj po ukončení platnosti zmluvy; netýka sa plnenia oznamovacích povinností vyplývajúcich zo všeobecne záväzných právnych predpisov.

4.4. Zmluvné strany sa zaväzujú pri spracovávaní osobných údajov postupovať v súlade so zákonom č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

4.5. Poskytovateľ má právo na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej v súlade s touto zmluvou a s právnymi predpismi podľa bodu 4.1. zmluvy v zmluvne dohodnutej lehote splatnosti. Poskytovateľ zodpovedá za úplnosť, správnosť a pravdivosť vykazovaných údajov o poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

4.6. Poskytovateľ je povinný:

a) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o vydaní povolenia orgánom príslušným na vydanie povolenia z dôvodu zmeny tých údajov v pôvodnom povolení, ktorých zmena si vyžaduje vydanie nového povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa vykonateľnosti tohto rozhodnutia; predložením nového právoplatného rozhodnutia o vydaní povolenia nedochádza k zmene rozsahu zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom zmluvne dohodnutej zdravotnej starostlivosti¹. Zmena rozsahu zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 1 je možná len písomným dodatkom k tejto zmluve podľa článku IX, bodu 9.5. tejto zmluvy,

¹ Uvedené neplatí v prípade, kedy bolo poskytovateľovi vydané nové povolenie so zúženým rozsahom poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

o) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu dokladu o vyznačení zmeny údajov v povolení vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia, ktorých zmena si nevyžaduje vydanie nového povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa právoplatnosti vyznačenia zmeny údajov v povolení,

c) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa jeho vykonateľnosti; v prípade dočasného pozastavenia povolenia nie je poskytovateľ oprávnený vykonávať činnosť, na ktorú bol oprávnený podľa prerušeného povolenia a zároveň mu zaniká právo zdravotnej poisťovni vykazovať a fakturovať výkony zdravotnej starostlivosti odo dňa nadobudnutia účinnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, s výnimkou fakturácie výkonov, ktoré realizoval pred nadobudnutím právoplatnosti tohto rozhodnutia a kedy spĺňal zákonné podmienky na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,

d) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o zrušení povolenia, vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa jeho vykonateľnosti,

e) overiť si pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti poisťný vzťah poistenca k zdravotnej poisťovni. Ak poistenec nemá preukaz poistenca, alebo ak existuje dôvodná pochybnosť o jeho poisťnom vzťahu, má možnosť overiť si poisťný vzťah na telefónnom čísle Call centra zdravotnej poisťovne 0850 00 33 33 alebo na webovej stránke zdravotnej poisťovne www.unionzp.sk (ďalej len „webová stránka zdravotnej poisťovne“),

f) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia prístrojovým vybavením, ktoré je vybavením zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa nad rámec stanoveného minimálneho materiálno-technického vybavenia, predložiť zdravotnej poisťovni kópiu dokladu o jeho vlastníctve alebo prenájme a písomne požiadať zdravotnú poisťovňu o schválenie poskytovania zdravotných výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) uvedeným prístrojovým vybavením na ambulancii špecializovanej zdravotnej starostlivosti. Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony SVLZ podľa tohto bodu s uvedením kódu odbornosti špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti tvoria prílohu č. 3 tejto zmluvy,

g) vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade s nariadením vlády SR č. 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia, v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov a v súlade s touto zmluvou; choroby podľa MKCH-10-SK-2013 vykazovať v troj – až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka.

h) nevykazovať zdravotnej poisťovni na úhradu také zdravotné výkony a s nimi súvisiace vyšetrenia poistenca, ktoré sú indikované v súvislosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou, ktorá nie je uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia,

i) oznamovať zdravotnej poisťovni k poslednému dňu v kalendárnom mesiaci na tlačive predpísanom Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou každé poskytnutie zdravotnej starostlivosti poistencovi v dôsledku preukázaného porušenia liečebného režimu alebo užitia alkoholu alebo inej návykovej látky, ako aj úrazy alebo iné poškodenie zdravia, v súvislosti s ktorými poskytol osobe zdravotnú starostlivosť pri dôvodnom podozrení, že k úrazu alebo inému poškodeniu zdravia došlo zavineným protiprávnym konaním tretej osoby; smrteľné úrazy, ťažké úrazy, hromadné úrazy a choroby z povolania je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný oznamovať všetky bez výnimky,

j) v prípade zmeny poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore stomatológia poistencom po vykonaní preventívnej prehliadky, vyžiadať si od poistenca potvrdenie o vykonaní preventívnej prehliadky u predchádzajúceho poskytovateľa a založiť ho do zdravotnej dokumentácie poistenca.

4.7. Poskytovateľ ambulantnej zdravotnej starostlivosti objednáva u zmluvného poskytovateľa zdravotnej poisťovne na poskytovanie služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti prepravu poistenca v priamej súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti z miesta bydliska do zdravotníckeho zariadenia a späť alebo medzi dvoma zdravotníckymi zariadeniami, z nasledovných dôvodov:

a) zdravotný stav neumožňuje poistencovi samostatný pohyb alebo prepravu prostriedkami verejnej hromadnej dopravy,

b) poistenec je zaradený do chronického dialyzačného programu alebo do transplantáčného programu a preprava sa týka zdravotnej starostlivosti súvisiacej s týmito programami,

4.8. Poskytovateľ v medicínsky odôvodnených prípadoch odosiela poistencov prednostne do zdravotníckych zariadení ktoré sú v zmluvnom vzťahu so zdravotnou poisťovňou; zoznam zmluvných zdravotníckych zariadení je zverejnený na webovej stránke zdravotnej poisťovne: www.union.sk.

4.9. Poskytovateľ indikuje a predpisuje humánne lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky v súlade s preskripčnými a indikačnými obmedzeniami, množstvovými a finančnými limitmi uvedenými v platnom zozname kategorizovaných liekov, v platnom zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok a v platnom zozname kategorizovaných dietetických potravín podľa zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o liekoch a zdravotníckych pomôckach“). Ak ide o liečivo uvedené v prílohe č. 1 k zákonu o liekoch a zdravotníckych pomôckach, predpisujúci lekár je povinný predpísať humánný liek s obsahom tohto liečiva uvedením názvu liečiva za dodržania podmienok ustanovených v § 119 ods. 5 tohto zákona. Pri predpisovaní humánneho lieku spôsobom podľa predchádzajúcej vety a zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny je predpisujúci lekár povinný postupovať účelne a hospodárne podľa súčasných poznatkov farmakoterapie a plniť ostatné povinnosti podľa § 119 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

Poskytovateľ predpisuje očkovacie látky na lekárskom predpise v maximálnom množstve jednej dávky (injekcia/ampula) v reálnom čase plánovaného očkovania podľa dávkovacej schémy uvedenej v súhrne charakteristických vlastností lieku alebo podľa očkovacieho kalendára pre povinné pravidelné očkovanie detí a dospelých, ktorý vydáva Úrad verejného

zdravotníctva Slovenskej republiky, v súlade s indikačným a preskripčným obmedzením. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností, očkovanie poistenca mimo termínov určených očkovacím kalendárom z objektívnych dôvodov, prípadne na základe požiadavky poistenca alebo jeho zákonného zástupcu, sa nepovažuje za porušenie postupu poskytovateľa pri predpisovaní očkovacej látky podľa tohto bodu.

4.10. Poskytovateľ sa zaväzuje, že počas platnosti a účinnosti tejto zmluvy nedôjde k navýšeniu čakacích dôb na poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti pre poistencov zdravotnej poisťovne.

4.11. Poskytovateľ lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré mu obstarala a dodala zdravotná poisťovňa, vykazuje zdravotnej poisťovni s nulovou hodnotou súčasne s vykázaním výkonu podania lieku, alebo zdravotníckej pomôcky.

4.12. Zdravotná poisťovňa je povinná uhradiť poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia, poskytnutú jej poistencom, v súlade s touto zmluvou a v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi v lehote splatnosti dohodnutej v tejto zmluve.

4.13. Zdravotná poisťovňa sa zaväzuje, že všetky zmeny vo výkazníctve poskytovaných výkonov zdravotnej starostlivosti, okrem tých, ktoré vyplývajú zo všeobecne záväzných právnych predpisov, oznámi poskytovateľovi najmenej dva mesiace pred plánovaným vykonaním zmeny.

4.14. Postupy neupravené touto zmluvou môžu zmluvné strany riešiť dohodovacím rokovaním štatutárnych orgánov alebo nimi splnomocnených zástupcov v mieste sídla zdravotnej poisťovne. O priebehu a ukončení dohodovacieho rokovania sa spíše záznam, ktorý potvrdia zmluvné strany svojim podpisom. V prípade, že niektorá zmluvná strana odmietne podpísať záznam o dohodovacom rokovaní, uvedie sa táto skutočnosť v zázname. V takomto prípade sa považuje dohodovacie rokovanie za bezvýsledné; tým nie sú dotknuté práva ktorejkoľvek zmluvnej strany domáhať sa ochrany svojich práv a uplatňovania si nárokov prostredníctvom súdu. Dohodovacie rokovanie sa uskutoční spravidla do štrnástich dní po doručení písomného návrhu na jeho konanie druhej zmluvnej strane. Dohodovacie rokovanie sa končí spísaním záznamu o jeho ukončení alebo odmietnutím podpísania záznamu o ukončení dohodovacieho rokovania jednou zo zmluvných strán.

4.15. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencom EÚ:

a) náklady za zdravotné výkony poskytnuté poistencom z iných členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska a cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti, sa uhrádzajú za rovnakých podmienok ako pre poistencov zdravotnej poisťovne,

b) poistencovi poistenému v Európskej únii (ďalej len „EÚ“), ktorý sa preukáže európskym preukazom zdravotného poistenia, sa poskytuje zdravotná starostlivosť v rozsahu potrebnej starostlivosti; poskytnutá potrebná zdravotná starostlivosť sa uhrádza za rovnakých podmienok ako pre poistencov zdravotnej poisťovne,

c) poistencovi poistenému v EÚ, ktorý sa preukáže preukazom poistenia Union zdravotnej poisťovne, a.s. s označením „EÚ“ sa poskytuje zdravotná starostlivosť, ktorá zahŕňa aj preventívne prehliadky podľa platných všeobecne záväzných právnych predpisov; poskytnutá zdravotná starostlivosť podľa tohto bodu sa uhrádza v rovnakom rozsahu a za rovnakých podmienok ako pre poistencov zdravotnej poisťovne,

pre skupinu poistencov uvedených v tomto bode sa uhrádza poskytnutá zdravotná starostlivosť v rozsahu poskytnutých zdravotných výkonov; neuhrádza sa zdravotná starostlivosť cenou kapitácie, ak je spôsob úhrady kapitáciou dohodnutý v prílohe č. 2 tejto zmluvy.

Článok V

Splatnosť úhrady zdravotnej starostlivosti a platobné podmienky

5.1. Poskytovateľ zdravotnej poisťovni predkladá účtovný doklad – faktúru (ďalej len „faktúra“) za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v zúčtovacom období, spravidla do 10-tich kalendárnych dní po uplynutí tohto obdobia. Zúčtovacím obdobím je celý kalendárny mesiac. Poskytovateľ je povinný predložiť faktúru niektorým zo spôsobov uvedených v článku VIII, bode 8.1. alebo podľa bodu 8.2. uvedeného článku a to v členení podľa druhu zmluvne dohodnutých druhov poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

5.2. Povinnou prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti sú elektronicky spracované dávky na dátových médiách (disketa, CD, USB kľúč) obsahujúce zoznam poskytnutých zdravotných výkonov a to v platnom dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Ak predmetom zmluvy podľa prílohy č. 1 k tejto zmluve je:

a) poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti, povinnou prílohou faktúry pri prvej fakturácii poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti poistencovi je aj návrh na poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti tomuto poistencovi v písomnej alebo elektronickej podobe,

b) poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, povinnou prílohou faktúry v prípade následných komplikácií a následných hospitalizácií po výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti je aj hlásenie o následnej komplikácii alebo následnej hospitalizácii po výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti v písomnej alebo elektronickej podobe.

5.3. Zdravotná poisťovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry; pod kontrolou formálnej správnosti zmluvné strany rozumejú kontrolu povinných náležitostí doručenej faktúry podľa platných právnych predpisov a jej príloh podľa bodu 5.2. tohto článku. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že faktúra nie je v zmysle predchádzajúcej vety formálne správna, vráti (zašle) ju poskytovateľovi najneskôr do 10-tich dní odo dňa jej doručenia na jej doplnenie alebo opravu

spolu s uvedením dôvodu vrátenia. V prípade vrátenia formálne nesprávnej faktúry poskytovateľovi plyní lehota stanovená pre kontrolu vecnej správnosti údajov, uvedená v bode 5.4. tohto článku a lehota splatnosti dohodnutá v bode 5.9. tohto článku, odo dňa doručenia formálne správnej faktúry do zdravotnej poisťovne.

5.4. U formálne správnej faktúry vykoná zdravotná poisťovňa najneskôr do 25-tich dní odo dňa jej doručenia kontrolu vecnej správnosti údajov uvedených vo faktúre. Zdravotná poisťovňa najmä preverí, či osoby, ktorým poskytovateľ v zúčtovacom období zdravotnú starostlivosť poskytol, boli v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti poistencami zdravotnej poisťovne, alebo osobami, ktorým mohla byť poskytnutá zdravotná starostlivosť hrazená zdravotnou poisťovňou. Zdravotná poisťovňa ďalej vykoná kontrolu, či zdravotná starostlivosť bola vykázaná v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi a v súlade s touto zmluvou.

5.5. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že vo faktúre sú uvedené nesprávne, nepravdivé alebo neúplné údaje alebo sú vykázané v rozpore s touto zmluvou, spracuje tieto zistenia do elektronického chybového protokolu² (ďalej len „protokol sporných dokladov“); pričom oprávnenie zdravotnej poisťovne vykonať u poskytovateľa kontrolu všetkých údajov uvedených vo faktúre v súlade s článkom VI tejto zmluvy nie je týmto dotknuté. Zdravotná poisťovňa protokol sporných dokladov zašle poskytovateľovi najneskôr do 25-tich dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry. Spolu s protokolom sporných dokladov zdravotná poisťovňa zasiela poskytovateľovi aj súhrnný prehľad výsledku spracovania zdravotných výkonov (lekársky protokol) a zdravotnou poisťovňou vystavený opravný účtovný doklad (dobropis alebo ľarchopis) na sumu vo výške rozdielu medzi poskytovateľom fakturovanou sumou a sumou uznanou podľa lekárskeho protokolu.

5.6. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi faktúru vo výške sumy uznanej podľa lekárskeho protokolu, ak poskytovateľ vystaví a zdravotnej poisťovni doručí opravný účtovný doklad (dobropis alebo ľarchopis) na sumu vo výške rozdielu medzi ním fakturovanou sumou a sumou uznanou podľa lekárskeho protokolu, alebo zdravotnej poisťovni doručí pečiatkou a svojim podpisom potvrdený opravný účtovný doklad vystavený a poskytovateľovi doručný zdravotnou poisťovňou podľa bodu 5.5. tohto článku. Doručením formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu zdravotnej poisťovni sa faktúra považuje za vecne správnu. Tým nie je dotknuté právo poskytovateľa na postup podľa bodu 5.7. tohto článku.

5.7. Ak poskytovateľ napriek zaslaní opravného účtovného dokladu podľa bodu 5.6. tohto článku nesúhlasí so skutočnosťami uvedenými v protokole sporných dokladov, má právo ich reklamovať a písomne odôvodniť vykávanie neuznaných zdravotných výkonov zdravotnej poisťovni do 10-ich dní od doručenia lekárskeho protokolu. Zdravotná poisťovňa zašle poskytovateľovi písomné stanovisko k podanej reklamácií do 10-ich dní od jej doručenia. Ak zdravotná poisťovňa akceptuje vykávanie reklamovaných sporných zdravotných výkonov alebo ich časti, poskytovateľ vystaví samostatnú faktúru len na akceptované reklamované zdravotné výkony alebo ich časť podľa platných dátových rozhraní a predloží ju zdravotnej poisťovni na úhradu. Prílohou tejto faktúry je elektronicky spracovaná dávka na dátovom médiu podľa platných dátových rozhraní v rozsahu akceptovanej reklamácie. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutočnosti uvedené v bode 5.9. tohto článku.

5.8. Ak zdravotná poisťovňa neakceptuje reklamáciu poskytovateľa podľa bodu 5.7. tohto článku, poskytovateľ môže požiadať zdravotnú poisťovňu o rokovanie do 10-tich dní od doručenia písomného stanoviska zdravotnej poisťovne k podanej reklamácií. Rozpor obidve zmluvné strany prerokujú v sídle Union zdravotnej poisťovne, a.s. do 40-tich dní od doručenia lekárskeho protokolu. O výsledku rokovania sa vyhotoví písomný záznam, ktorého jeden rovnopis bude zaslaný poskytovateľovi. V prípade, že výsledkom rokovania zmluvných strán bude akceptácia reklamovaných nehradených zdravotných výkonov alebo len ich časti, poskytovateľ vystaví samostatnú faktúru na zdravotné výkony v rozsahu rokovaním akceptovanej reklamácie nehradených zdravotných výkonov. Prílohou tejto faktúry je elektronicky spracovaná dávka na dátovom médiu podľa platných dátových rozhraní v rozsahu rokovaním akceptovanej reklamácie. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutočnosti uvedené v bode 5.9. tohto článku.

5.9. Zmluvné strany sa dohodli, že splatnosť formálne a vecne správnej faktúry je 30 dní odo dňa jej doručenia do zdravotnej poisťovne. V prípade doručenia vecne nesprávnej faktúry, podľa bodu 5.3. tohto článku sa faktúra považuje za formálne a vecne správnu až doručením formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je doručný do 25-tich dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 30 dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry do zdravotnej poisťovne. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je doručný po 25-tom dni od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 5 pracovných dní odo dňa doručenia formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu do zdravotnej poisťovne.

5.10. K splneniu záväzku zdravotnej poisťovne dôjde dňom pripísania finančných prostriedkov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť na účet poskytovateľa.

5.11. Faktúry, ako aj opravné účtovné doklady sa považujú za doručené do zdravotnej poisťovne, ak sú doručené priamo na adresu zdravotnej poisťovne, uvedené neplatí v prípade doručovania podľa článku VIII, bodu 8.2. tejto zmluvy.

5.12. Po prečerpaní finančného objemu dohodnutého v prílohe 2 v časti Finančný rozsah sa výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť vypočíta ako súčin výšky úhrady zdravotnej starostlivosti, na ktorú sa finančný objem

² Podľa Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou č. 3/2012 v platnom znení.

vzťahuje a koeficientu 0,6. V prípade nevyčerpania dohodnutého finančného objemu sa nevyčerpaná časť finančného objemu neprenáša do nasledujúceho dohodnutého obdobia.

Článok VI Kontrolná činnosť

6.1. Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť u poskytovateľa zameranú na účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, rozsah a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, dodržiavanie všeobecne záväzných právnych predpisov a zmluvných podmienok. Zdravotná poisťovňa je oprávnená vykonať kontrolnú činnosť (ďalej len „kontrola“) u poskytovateľa kedykoľvek a bez predchádzajúceho oznámenia.

6.2. Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť podľa bodu 6.1. revíznymi lekármi, revíznymi farmaceutmi a revíznymi sestrami; ak ide o kontrolu hospodárenia vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, aj inými zamestnancami poverenými výkonom kontroly na základe písomného poverenia na výkon kontroly (ďalej len „poverená osoba“).

6.3. Poverené osoby sa pred vykonaním kontroly preukážu platným písomným poverením na vykonanie kontroly a služobným preukazom. Poverené osoby vykonávajú vopred oznámenú kontrolu spravidla v pracovných dňoch v čase schválených ordinačných hodín, pokiaľ sa s poskytovateľom v jednotlivom prípade nedohodnú inak. Pokiaľ zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolu bez predchádzajúceho oznámenia, kontrolu vykonáva v čase schválených ordinačných hodín, pričom kontrola nesmie v tomto prípade podstatným spôsobom narušiť bežnú prevádzku pracovísk poskytovateľa.

6.4. Poverené osoby sú pri výkone kontroly oprávnené:

- a) vstupovať do objektov, zariadení a prevádzok, na pozemky a do iných priestorov kontrolovaného subjektu, ak bezprostredne súvisia s predmetom kontroly,
- b) vyžadovať od kontrolovaného subjektu a jeho zamestnancov, aby jej v určenej lehote poskytovali k nahliadnutiu originály dokladov, vyjadrenia a informácie, vrátane dátových médií, potrebných na výkon kontroly,
- c) vyžadovať súčinnosť kontrolovaného subjektu a jeho zamestnancov,
- d) vykonať kontrolu len za prítomnosti poskytovateľa alebo ním poverenej osoby,
- e) vyhotoviť si výpisy, odpisy alebo kópie listín, dokladov a dokumentov súvisiacich s výkonom a predmetom kontroly, potrebné k preukázateľnosti kontrolných zistení.

6.5. Poskytovateľ je povinný umožniť povereným osobám vykonanie kontroly a poskytnúť im požadované informácie, všetky požadované listiny, ktoré je povinný viesť a archivovať v zmysle príslušných právnych predpisov, potrebnú súčinnosť pri výkone kontroly a zdržať sa konania, ktoré by mohlo mať vplyv na výkon kontrolnej činnosti.

6.6. O záveroch kontroly kontrolná skupina vypracuje:

- a) záznam o kontrole, ak kontrolou nezistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok tejto zmluvy; doručením záznamu o kontrole poskytovateľovi sa kontrola považuje za skončenú,
- b) protokol o kontrole, ak kontrolou zistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok tejto zmluvy.

6.7. Poverené osoby vypracujú protokol o kontrole podľa bodu 6.6., písm. b) tohto článku, ktorý zašlú poskytovateľovi v lehote do 20 kalendárnych dní odo dňa skončenia kontroly. Protokol o kontrole sa doručuje štatutárnemu zástupcovi poskytovateľa osobne proti podpisu alebo doporučenou poštou alebo kuriérnou službou na adresu sídla poskytovateľa alebo prostredníctvom podateľne poskytovateľa.

6.8. Poskytovateľ má právo podať písomne námietky proti kontrolným zisteniam a záverom uvedeným v protokole o kontrole do 20 kalendárnych dní odo dňa doručenia protokolu o kontrole. Zdravotná poisťovňa sa k podaným námietkam vyjadrí písomne alebo osobne prerokuje podané námietky s poskytovateľom v termíne s ním dohodnutom. Písomné vyjadrenie zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa sa považuje za zápisnicu k protokolu o kontrole. Ak sa námietky poskytovateľa prerokujú osobne, kontrolná skupina spíše zápisnicu k protokolu o kontrole o výsledku prerokovania námietok poskytovateľa. Poskytovateľ má právo na uvedenie svojho písomného vyjadrenia k zápisnici k protokolu o kontrole. V prípade písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa má poskytovateľ právo na písomné vyjadrenie k zápisnici k protokolu o kontrole do 5 kalendárnych dní odo dňa doručenia písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa.

6.9. Pokiaľ poskytovateľ nepodal proti protokolu o kontrole námietky, protokol sa považuje za prerokovaný pracovným dňom nasledujúcim po márnom uplynutí lehoty na podanie námietok, pričom platí, že poskytovateľ súhlasí so zisteniami uvedenými v protokole. Zápisnica sa v tomto prípade nespisuje.

6.10. Pokiaľ poskytovateľ odmietne podpísať zápisnicu k protokolu o kontrole, uvedie sa táto skutočnosť v zápisnici. Zápisnica k protokolu o kontrole sa doručuje štatutárnemu zástupcovi poskytovateľa osobne proti podpisu alebo doporučenou poštou alebo kuriérnou službou na adresu sídla poskytovateľa alebo prostredníctvom podateľne poskytovateľa.

6.11. Kontrola je ukončená dňom prerokovania protokolu o kontrole s poskytovateľom a spísaním zápisnice k protokolu o kontrole o výsledku prerokovania námietok poskytovateľa. V prípade písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne

k námietkam poskytovateľa sa považuje kontrola za ukončenú dňom doručenia písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k podaným námietkam poskytovateľa k protokolu o kontrole podľa bodu 6.8. tohto článku alebo márnym uplynutím lehoty na podanie písomného vyjadrenia k zápisnici k protokolu o kontrole. Ustanovenie bodu 6.10. tohto článku tým nie je dotknuté.

6.12. Za ukončenú sa považuje kontrola aj v takom prípade, ak poskytovateľ odmietne prevziať protokol o kontrole alebo zápisnicu k protokolu o kontrole alebo ak sa protokol o kontrole alebo zápisnica k protokolu o kontrole doručované poskytovateľovi doporučenou poštou alebo kuriérnou službou, vráti zdravotnej poisťovni ako nedoručené.

Článok VII Sankcie

7.1. V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly (článok VI zmluvy) zistí, že poskytovateľ vykázal zdravotnej poisťovni výkon, ktorý preukázateľne neposkytol v celom rozsahu alebo v určitej jeho časti a zdravotná poisťovňa takýto výkon poskytovateľovi uhradila (ďalej len „neoprávnená úhrada“), poskytovateľ sa zaväzuje, že zdravotnej poisťovni vráti takúto neoprávnenú úhradu alebo jej časť za podmienok podľa bodu 7.2. a 7.4. tohto článku.

7.2. Zmluvné strany sa dohodli, že pre vrátenie neoprávnenej úhrady podľa bodu 7.1. tohto článku, sa nevyžaduje predchádzajúce upozornenie druhej zmluvnej strany. Písomná výzva na vrátenie neoprávnenej úhrady podľa tohto bodu musí obsahovať špecifikáciu porušenia povinnosti a výšku neoprávnenej úhrady.

7.3. V prípade zistenia neoprávnenej úhrady zdravotnou poisťovňou podľa bodu 7.1. tohto článku je poskytovateľ v každom jednotlivom prípade povinný uhradiť zdravotnej poisťovni zmluvnú pokutu až do výšky 50 % sumy neoprávnenej úhrady na základe výzvy zdravotnej poisťovne podľa bodu 7.4. tohto článku.

7.4. Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ vykoná vrátenie neoprávnenej úhrady alebo úhradu sankcie vo výške uplatnenej zdravotnou poisťovňou v lehote do 30 dní odo dňa doručenia písomnej výzvy zdravotnou poisťovňou.

7.5. Ak poskytovateľ v lehote podľa bodu 7.4. tohto článku nevráti zdravotnej poisťovni neoprávnenú úhradu alebo neuhradí uplatnenú sankciu, je zdravotná poisťovňa oprávnená vykonať jednostranný zápočet týchto pohľadávok voči najbližšiemu splatnému vyúčtovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľa.

7.6. Ak je zdravotná poisťovňa v omeškaní s plnením svojho peňažného záväzku voči poskytovateľovi, má poskytovateľ právo uplatniť voči nej úrok z omeškania podľa ustanovenia § 369 zákona č. 513/1991 Z. z. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov.

7.7. V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly (článok VI zmluvy) zistí, že poskytovateľ pri predpise liekov, zdravotníckych pomôcok alebo dietetických potravín nedodrжал preskripčné, indikačné obmedzenia alebo ich predpísal bez predchádzajúceho súhlasu revízneho lekára (ak sa tento vyžaduje), alebo ich predpísal na neregistrovanú alebo neschválenú indikáciu, alebo porušil povinnosť podľa § 119 ods. 11 zákona č. 362/2011 Z.z. v znení neskorších predpisov a poisťovňa tieto lieky, zdravotnícke pomôcky alebo dietetické potraviny uhradila poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti a ak verejná lekáreň alebo výdajňa zdravotníckych pomôcok vydala na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu, zdravotná poisťovňa má právo na náhradu plnenia voči poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, v mene ktorého predpisujúci lekár nesprávne vystavil lekársky predpis alebo lekársky poukaz.

Zdravotná poisťovňa je oprávnená voči najbližšiemu splatnému vyúčtovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľovi jednostranne započítať svoju pohľadávku, ktorá jej vznikla z titulu zrealizovania povinného plnenia poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti podľa § 121 ods. 6 zákona č. 362/2011 Z.z. v znení neskorších predpisov.

7.8. Uplatnením sankcie a jej úhradou nie je dotknutý nárok oprávnenej zmluvnej strany na náhradu škody alebo vrátenia bezdôvodného obohatenia podľa platných právnych predpisov.

7.9. Uhradením sankcie sa povinná zmluvná strana nezbavuje povinnosti splniť povinnosť vyplývajúcu z platných právnych predpisov alebo z ustanovení tejto zmluvy, ktorú porušila.

7.10. Zmluvné strany sa dohodli, že v prípade porušenia povinnosti vyplývajúcej z právnych predpisov uvedených v článku IV tejto zmluvy niektorou zo zmluvných strán, s výnimkou taxatívne upravených sankcií uvedených v bode 7.3, 7.6., 7.11. až 7.13. tohto článku, je povinná zmluvná strana povinná uhradiť oprávnenej zmluvnej strane zmluvnú pokutu vo výške 300,- EUR (slovom tristo eur) za každé jedno porušenie.

7.11. Poskytovateľ je povinný zaplatiť zdravotnej poisťovni zmluvnú pokutu vo výške 50 % hodnoty

a) poskytovateľom neoprávnene vyúčtovaných zdravotných výkonov, ktoré poisťovňa poskytovateľovi uhradila, tým nie je dotknutý nárok poisťovne podľa bodu 7.1 tohto článku na vrátenie neoprávnene vyúčtovaných alebo uhradených zdravotných výkonov,

b) lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny uhradenej poisťovňou poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti, ak poskytovateľ tento liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu preukázateľne predpísal bez vedomia alebo účasti poistenca

7.12. Poskytovateľ je povinný zaplatiť poisťovni zmluvnú pokutu vo výške 30% hodnoty poisťovňou uhradeného vykázaného zdravotného, výkonu, predpísaného lieku, zdravotnej pomôcky, alebo dietetickej potraviny, ktoré v čase vykonania kontroly podľa článku VI tejto zmluvy neboli zaznamenané v zdravotnej dokumentácii alebo boli zaznamenané

v rozpore s platnými právnymi predpismi alebo boli zaznamenané v nedostatočnom rozsahu; za každé jedno takéto porušenie.

7.13. Poskytovateľ je povinný zaplatiť poisťovni zmluvnú pokutu vo výške 3% priemernej mesačnej hodnoty úhrad vyplatených v predchádzajúcich 5 mesiacoch za:

- a) neposkytnutie, alebo odmietnutie súčinnosti pri vykonávaní kontroly podľa článku VI tejto zmluvy
- b) neplnenie nápravných opatrení z predchádzajúcej kontroly
- c) nekvalitné poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktoré sa zistí kontrolou poisťovne
- d) nesplnenie oznamovacej povinnosti vyplývajúcej z článku IV, bodu 4.2. tejto zmluvy

Článok VIII Doručovanie

8.1. Zmluvné strany doručujú písomnosti, iné doklady a oznámenia, s doručovaním ktorých zmluva počíta (ďalej len „zásielka“), niektorým zo spôsobov:

- a) poštou,
- b) kuriérom,
- c) osobne.

Zásielka doručovaná podľa tohto bodu sa považuje za doručенú ak bola doručенá priamo na adresu určenú v článku I tejto zmluvy.

8.2. Poskytovateľ môže zásielku - faktúru spolu s prílohami (s výnimkou dátového média), ako aj ostatné doklady podľa článku V tejto zmluvy, okrem niektorého zo spôsobov podľa bodu 8.1. tohto článku, doručiť zdravotnej poisťovni aj elektronicky prostredníctvom portálu, ktorý prevádzkuje zdravotná poisťovňa na svojom webovom sídle za podmienky, že medzi poskytovateľom a zdravotnou poisťovňou bola uzatvorená osobitná zmluva, ktorej predmetom je úprava spôsobu doručovania zásielky podľa tohto bodu a s tým súvisiacich úkonov.

8.3. Zmluvné strany sa dohodli, že zásielky s výnimkou korešpondencie podľa článku VI tejto zmluvy a korešpondencie obsahujúcej osobné údaje alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov, sa môžu doručovať aj e-mailom.

Článok IX Trvanie, zmena a zánik zmluvy

9.1. Zmluva je uzatvorená dňom jej podpísania obidvoma zmluvnými stranami. Pokiaľ nedôjde k podpísaniu zmluvy obidvoma zmluvnými stranami v ten istý deň, považuje sa zmluva za uzatvorenú v deň, kedy zmluvu podpísala v poradí druhá zmluvná strana.

9.2. Zmluva nadobúda účinnosť **1.4.2014** (s výnimkou bodu 8.2. tejto zmluvy, ktorý nadobudne účinnosť dňom nadobudnutia účinnosti osobitnej zmluvy podľa uvedeného bodu) za podmienky, že najneskôr deň pred nadobudnutím účinnosti bola zverejnená na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

9.3. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú, s výnimkou prílohy č. 2 tejto zmluvy, ktorá je účinná na dobu 12 mesiacov odo dňa nadobudnutia účinnosti zmluvy.

9.4. Zmluvné strany sa dohodli, že ak po uplynutí účinnosti prílohy č. 2 tejto zmluvy nedôjde medzi zmluvnými stranami k dohode o jej úprave, do doby dohody zmluvných strán platia ceny dohodnuté v prílohe č. 2 tejto zmluvy a jej účinnosť sa automaticky predlžuje až do doby nadobudnutia účinnosti dodatku k zmluve, ktorým sa príloha č. 2 upraví; účinnosť prílohy č. 2 sa podľa tohto bodu v tomto prípade predlžuje najviac o tri kalendárne mesiace.

9.5. Zmenu zmluvy je možné uskutočniť výlučne v písomnej forme na základe dohody zmluvných strán formou písomných a číslovaných dodatkov.

9.6. Zmluva:

- a) zaniká dohodou zmluvných strán,
- b) zaniká výpoveďou podľa § 7 ods. 11 a ods. 15 zákona č. 581/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov,
- c) zaniká okamžitým skončením v prípade zrušenia povolenia alebo zániku zdravotnej poisťovne alebo v prípade zrušenia alebo zániku povolenia poskytovateľa na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,
- d) sa prerušuje v prípade dočasného pozastavenia povolenia poskytovateľa; k prerušeniu zmluvy dôjde prvým dňom nasledujúcim po dni nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia.

Článok X
Záverečné ustanovenia

10.1. Vzťahy touto zmluvou neupravené sa riadia príslušnými ustanoveniami všeobecne záväzných právnych predpisov uvedených v bode 4.1. zmluvy.

10.2. Táto zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení. Súhlas s celým obsahom zmluvy zástupcovia zmluvných strán vyjadria svojím podpisom na poslednej strane zmluvy.

10.3. Neoddeliteľnou súčasťou tejto zmluvy sú nasledovné prílohy:

Príloha č. 1 Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti

Príloha č. 2 Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

Príloha č. 3 Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony SVLZ

10.4. Ak niektoré ustanovenia tejto zmluvy nie sú celkom alebo sčasti účinné alebo neskôr stratia účinnosť, nie je tým dotknutá platnosť a účinnosť ostatných ustanovení. Namiesto neplatných, prípadne neúčinných ustanovení sa použije právna úprava, ktorá, pokiaľ je to právne možné, sa čo najviac približuje úmyslu a účelu tejto zmluvy, pokiaľ pri uzatváraní zmluvy zmluvné strany brali túto otázku do úvahy.

10.5. Táto zmluva je pre zmluvné strany platná v rozsahu jej ustanovení a príloh vzťahujúcich sa na dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 1 k tejto zmluve.

10.6. Zmluvné strany sa dohodli, že ku dňu nadobudnutia účinnosti tejto zmluvy zanikajú všetky zmluvy, na základe ktorých poskytovateľ poskytoval zdravotnú starostlivosť poisťencom zdravotnej poisťovne v rovnakom vecnom rozsahu aký je dohodnutý v tejto zmluve.

Bratislava dňa2014

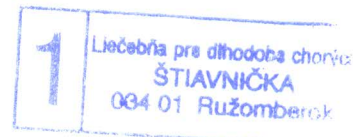
Union zdravotná poisťovňa, a.s.

.....
Ing. Elena Májeková
riaditeľka sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti,
revízičných činností a programov zdravia
na základe plnej moci

Ružomberok dňa2014

Liečebňa pre dlhodobých chorých

.....
MUDr. Pavol Chrenko, riaditeľ



Príloha č. 1
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti

V súlade s bodom 3.2. článku III tejto zmluvy si zdravotná poisťovňa u poskytovateľa objednáva poskytovanie zdravotnej starostlivosti odbornými útvarmi zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa s pridelenými kódmi poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa tejto prílohy, s uvedením ich odbornosti a druhu odborného útvaru.

Názov PZS : Liečebňa pre dlhodobo chorých

Identifikátor PZS : N44805

Kód poskytovateľa	Kód odbornosti útvaru*	Názov odbornosti útvaru	Druh odborného útvaru**
N44805205101	205	dlhodobo chorých	1

Vysvetlivky:

* kód odbornosti útvaru v tvare „spp“ z kódu poskytovateľa (kód poskytovateľa má tvar „p99999sppyz“),

** kód druhu odborného útvaru v tvare „y“ z kódu poskytovateľa:

1 - oddelenie

Príloha č. 2
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

I. Ústavná zdravotná starostlivosť

1. Zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi v ústavnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľom správne vykázaná a zdravotnou poisťovňou uznaná sa uhrádza nasledovne:

cenou za ukončenú hospitalizáciu

kód -	odbornosť	výška úhrady v €	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
205	dlhodobo chorých	1.080	hospitalizácia trvá minimálne 21 dní

2. Za ukončenú hospitalizáciu sa považuje pobyt poistenca na lôžku u poskytovateľa v trvaní dlhšom ako 24 hodín.
3. Za ukončenú hospitalizáciu sa považuje aj pobyt poistenca na lôžku oddelenia:
- anestéziológie a intenzívnej medicíny v trvaní kratšom ako 24 hodín
 - gynekológie a pôrodnictva v trvaní kratšom ako 24 hodín, ak rodička svojvoľne opustila v deň pôrodu zdravotnícke zariadenie
 - ktorejkoľvek odbornosti ak hospitalizácia nebola dlhšia ako 24 hodín v dôsledku úmrtia poistenca
- Všetky takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou za obdobie ukončeného kalendárneho mesiaca a zdravotná poisťovňa ho poskytovateľovi uhradí vo výške 50 % z ceny za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
- Pobyt poistenca zdravotnej poisťovne na lôžku v trvaní kratšom ako 24 hodín, ktorý nespĺňa podmienky uvedené v písmenách a) až c) tohto bodu poskytovateľ zdravotnej poisťovni vykazuje a účtuje ako výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti.
4. Cena za ukončenú hospitalizáciu zahŕňa všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti hospitalizovanému poistencovi poisťovne u poskytovateľa vrátane pobytu sprievodcu poistenca, okrem nákladov na:
- zdravotnícke pomôcky poskytované v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti uvedené ďalej v tejto prílohe
 - výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedené ďalej v tejto prílohe
 - transfúzne lieky, tkanivá a bunky poskytované pri transplantáciách, materské mlieko a iné zdravotné výkony, lieky a zdravotnícke pomôcky, pokiaľ to vyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva.
5. Za ošetrovací deň sa považuje pobyt poistenca na lôžku presahujúci 24 hodín, pričom deň prijatia a deň prepustenia poistenca sa počítajú ako jeden ošetrovací deň, okrem prípadu, keď poistenec umrie.
6. V cene ošetrovacieho dňa sú zahrnuté všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti hospitalizovanému poistencovi poisťovne u poskytovateľa vrátane pobytu sprievodcu poistenca a nákladov za poskytovanie zdravotnej starostlivosti spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia.
7. Mesačným paušálom sa uhrádza hospitalizácia dlhodobo ventilovaného poistenca na oddeleniach uvedených v bode 1 v písmene b) tejto časti prílohy. Dlhodobo ventilovaný poistenec je poistenec, ktorý je napojený na umelú ventiláciu pľúc prístrojom v minimálnom trvaní šesť týždňov a počas ktorých je poistencom zdravotnej poisťovne.
8. Cena mesačného paušálu zahŕňa všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti hospitalizovanému dlhodobo ventilovanému poistencovi u poskytovateľa. Uhrada cenou mesačného paušálu za dlhodobú ventiláciu poistenca sa začína prvým dňom kalendárneho mesiaca, v ktorom uplynulo prvých šesť týždňov dlhodobej ventilácie poistenca, poskytovateľ teda prvý raz fakturuje zdravotnú starostlivosť poskytnutú dlhodobo ventilovanému poistencovi po ukončení celého kalendárneho mesiaca, v ktorom uplynulo prvých šesť týždňov dlhodobej ventilácie. Za obdobie pre uplatnenie tohto spôsobu úhrady zdravotnej starostlivosti sa považuje celý ukončený kalendárny mesiac. Poskytovateľ zdravotnú starostlivosť poskytnutú dlhodobo ventilovanému poistencovi zdravotnej poisťovni vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou.
9. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť, ak liečba predstavuje jedinú terapeutickú alternatívu a priame náklady na poistenca, t.z. náklady na lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré poskytovateľ zdravotnej starostlivosti použil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (s výnimkou nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré sú zakalkulované v cene za ukončenú hospitalizáciu) prekročia dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu. Poskytovateľ predloží zdravotnej poisťovni po poskytnutí zdravotnej starostlivosti na schválenie individuálnu kalkuláciu ekonomicky oprávnených a preukázateľných nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky (aktuálne nadobúdacie doklady liekov a zdravotníckych pomôcok od veľkodistribútora). V prípade schválenia mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti, t.z. nákladov na lieky a zdravotníckych pomôcky, zdravotná poisťovňa uhradí tieto náklady určené nadobúdacou cenou liekov a zdravotníckych pomôcok a zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu poistenca na príslušnom oddelení. V prípade neschválenia tejto mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou, zdravotná poisťovňa uhradí len cenu za ukončenú hospitalizáciu poistenca na príslušnom oddelení.
10. Zdravotná poisťovňa pri preklade jej poistenca z jedného oddelenia na druhé oddelenie poskytovateľa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu na každom oddelení len v medicínsky odôvodnených prípadoch; pri preklade sa deň ukončenia hospitalizácie na jednom oddelení rovná dňu začiatku hospitalizácie poistenca na ďalšom oddelení poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. V prípade, že je poistenec počas jedného

- pobytu u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti viackrát hospitalizovaný na oddelení v tom istom špecializačnom odbore, zdravotná poisťovňa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu na oddelení v príslušnom špecializačnom odbore len raz.
11. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi len v prípade, ak materiálno-technické alebo personálne vybavenie poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi potrebnú zdravotnú starostlivosť. Odoslanie poistenca na ďalšie poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti podrobne odôvodní v zdravotnej dokumentácii a v prepúšťacej správe, ktorá je podpísaná vedúcim oddelenia, na ktorom bol poistenec hospitalizovaný.
 12. Poskytovateľ je oprávnený odmietnuť poistencovi zdravotnej poisťovne poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti iba v prípade ak:
 - a) materiálno-technické alebo personálne vybavenie poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi potrebnú zdravotnú starostlivosť
 - b) poskytovateľ nedisponuje dostatočnou lôžkovou kapacitou pre poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti
 - c) zdravotný stav poistenca poisťovne nevyžaduje pobyt poistenca na lôžku v trvaní dlhšom ako 24 hodín
 13. Zdravotná poisťovňa neuhradí za svojho poistenca počas hospitalizácie výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti a výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v tom istom špecializačnom odbore, ako je špecializačný odbor oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný ani výkony funkčnej diagnostiky príslúchajúce odbornosti lôžkového oddelenia.
 14. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, zdravotná poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykazať v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
 15. Ak hospitalizácia poistenca na oddelení dlhodobo chorých trvá kratšie ako 21 dní, takýto prípad poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada 50“. Zdravotná poisťovňa túto poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhradí vo výške 50 % z ceny za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
 16. V prípade hospitalizácie poistenca na jednotke intenzívnej starostlivosti, pokiaľ tejto zdravotnej starostlivosti predchádzala hospitalizácia na základnom oddelení poskytovateľa alebo po hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti pokračuje hospitalizácia na základnom oddelení poskytovateľa, patrí poskytovateľovi úhrada za hospitalizáciu na základnom oddelení poskytovateľa uvedená v bode 1 tejto časti prílohy. Pokiaľ bol poistenec hospitalizovaný len na jednotke intenzívnej starostlivosti, patrí poskytovateľovi úhrada pre príslušnú jednotku intenzívnej starostlivosti vo výške uvedenej v bode 1 tejto časti prílohy.
 17. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi hospitalizáciu na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade pobytu poistenca na lôžku supľujúceho starostlivosť jednotky intenzívnej starostlivosti vo výške 6% z ceny na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny. Takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou, ku ktorej pripája zoznam poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť vrátane ich rodných čísiel a fakturuje ich samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada OAIM“.
 18. Zdravotná poisťovňa nehradí poskytovateľovi pobyt na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade prijatia kontinuálne kardiopulmonálne a cerebrálne resuscitovaného poistenca, ktorý do hodiny od momentu prijatia zomrie; poskytovateľ v takomto prípade vykáže výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami v dávkach ambulantnej starostlivosti.

II. Finančný rozsah

Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **13.350,- €** na obdobie kalendárneho trištvrtroka od 1.4.2014 do 31.12.2014 a vo výške **8.900,- €** na obdobie každého kalendárneho polroka od 1.1.2015 pre poskytovanie **zdravotnej starostlivosti** uvedenej v časti I tejto prílohy, vrátane zdravotnej starostlivosti dohodnutej podľa §8 ods. 3 Vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z.z. v platnom znení.

Príloha č. 3
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony SVLZ

Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony SVLZ poskytované v rámci ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktoré je poskytovateľ oprávnený vykonávať vzhľadom na dosiahnutú špecializáciu, resp. certifikovanú pracovnú činnosť prístrojovým vybavením nad rámec stanoveného minimálneho materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia.

Kód odbornosti	Schválené výkony (vyplní Union zdravotná poisťovňa, a.s.)
----------------	---